



ORDONNANCE POUR LES TRAITEMENTS PROPHYLACTIQUES (AEV/AP) POST EXPOSITION AU VIH ET/OU AU VHB POUR ADULTES

Nom :

Prénom :

Date : __/__/20__

↳ Prophylaxie du VIH

- **Truvada (emtricitabine + viread)**

1 comprimé par 24h, de préférence après une collation ou au cours d'un repas.

- **Kaletra**

2 comprimés matin et soir (soit 4 comprimés par jour).

**Sans contrainte alimentaire
(Avant, pendant ou après le repas).**

QSP : 28 jours

Ou

QSP : 72 heures-----

↳ Prophylaxie du VHB

- Immunoglobulines anti-VHB 500 UI (5ml) -----

- Vaccin anti-VHB (ENGERIX B20) : 1 ampoule -----

Nom du prescripteur

Signature



PRISE EN CHARGE DES ACCIDENTS D'EXPOSITION AUX VIRUS

Ordonnance pour la VICTIME SI TRAITEMENT

Nom & prénom de la victime : _____

Date de naissance : __/__/__

J0

Sérologie VIH	<input type="checkbox"/>	Date : __/__/__
Sérologie VHC	<input type="checkbox"/>	
Sérologie VHB :		
Ac anti HBc + Ac anti HBs + Ag HBs	<input type="checkbox"/>	
Ac anti HBs si vaccine	<input type="checkbox"/>	
NFS Plaquettes	<input type="checkbox"/>	
Lipase	<input type="checkbox"/>	
ALAT	<input type="checkbox"/>	
Créatinine	<input type="checkbox"/>	
β-HCG (à traiter en urgence)	<input type="checkbox"/>	

J14

NFS Plaquettes	<input type="checkbox"/>	Date : __/__/__
Lipase	<input type="checkbox"/>	
ALAT	<input type="checkbox"/>	
Créatinine	<input type="checkbox"/>	

J28

NFS Plaquettes	<input type="checkbox"/>	Date : __/__/__
Lipase	<input type="checkbox"/>	
ALAT	<input type="checkbox"/>	
Créatinine	<input type="checkbox"/>	
TPHA – VDRL si indiqué	<input type="checkbox"/>	

M2

Sérodiagnostic VIH	<input type="checkbox"/>	Date : __/__/__
Sérodiagnostic VHC	<input type="checkbox"/>	
ALAT	<input type="checkbox"/>	

M4

Sérodiagnostic VIH	<input type="checkbox"/>	Date : __/__/__
Sérodiagnostic VHC	<input type="checkbox"/>	
ALAT	<input type="checkbox"/>	

M6

Sérodiagnostic VHC	<input type="checkbox"/>	Date : __/__/__
ALAT	<input type="checkbox"/>	

Résultats :

- au médecin référent
- **ET** si personnel de Tourcoing, à la médecine du Travail

Nom du prescripteur

Signature



PRISE EN CHARGE DES ACCIDENTS D'EXPOSITION AUX VIRUS

Ordonnance pour la VICTIME SI TRAITEMENT

Nom & prénom de la victime : _____

Date de naissance : __/__/__

J0

Sérologie VIH

Date : __/__/__

Sérologie VHC

Sérologie VHB :

Ac anti HBc + Ac anti HBs + Ag HBs

Ac anti HBs si vaccine

NFS Plaquettes

Lipase

ALAT

Créatinine

β -HCG (à traiter en urgence)

Nom du prescripteur

Signature

**MERCI AU LABORATOIRE DE NOUS FAXER LES
RESULTATS DES QUE POSSIBLE AU
03 20 69 46 35 / 46 15**



PRISE EN CHARGE DES ACCIDENTS D'EXPOSITION AUX VIRUS

Ordonnance pour la **VICTIME SI PAS DE TRAITEMENT**

Nom & prénom de la victime : _____

Date de naissance : __/__/__

J0

Date : __/__/__

Sérologie VIH
Sérologie VHC
Sérologie VHB :
Ac anti HBc + Ac anti HBs + Ag HBs
Ac anti HBs si vaccine
TPHA + VDRL si indiqué
ALAT

S6

Date : __/__/__

Sérologie VIH
Sérologie VHC
ALAT

M4 et M6

Date : __/__/__

Sérodiagnostic VHC
ALAT

Contrôle protocole vaccinal VHB

Résultats

- au médecin référent

OU si personnel de Tourcoing, à la médecine du Travail

Nom du prescripteur

Signature

Fiche d'information de la victime sur les virus pouvant être transmis

Vous êtes victime d'un accident d'exposition aux virus VIH – VHB – VHC par contact avec du sang ou des sécrétions génitales.

Prise en charge pour le VIH

Après l'évaluation de votre risque :

1) on peut vous proposer un traitement visant à réduire le risque.

Si vous acceptez ce traitement, il doit être pris pendant un mois, matin et soir.

La prise en charge des coûts du traitement est effectuée à 100 % par la sécurité sociale.

2) Une surveillance sans traitement peut être proposée.

Prise en charge pour le VHB

Un traitement préventif est nécessaire uniquement chez les personnes non protégées par la vaccination (taux d'anticorps en dessous de 30 UI/ml).

Il consiste en l'injection sous cutanée d'une ampoule d'immunoglobuline anti-VHB combinée avec une injection sous cutanée d'une ampoule de vaccin anti-VHB. Deux autres injections de vaccin seront nécessaires ultérieurement pour assurer une protection durable.

Les effets secondaires prévisibles sont rares et consistent principalement en des réactions locales aux points d'injection.

Prise en charge pour le VHC

Il n'existe pas de traitement préventif avant le risque. Un suivi biologique est par contre nécessaire pour détecter rapidement l'éventuelle infection aiguë de l'hépatite C pour mettre en route un traitement précoce.

Fiche d'information sur le traitement anti-VIH en Kit

Une association de 3 antirétroviraux (zidovudine, lamivudine et lopinavir...).

Pourquoi ?

Ces médicaments vous sont prescrits pour une durée de 72 heures et seront éventuellement poursuivis, sur avis du médecin référent, pour une durée totale de 28 jours. L'objectif est d'éviter une éventuelle contamination par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Il est important de ne pas interrompre votre traitement et de ne pas diminuer la posologie.

Quant et comment devez-vous prendre vos médicaments ?

L'ensemble des médicaments doit être avalé avec un grand verre d'eau, au cours ou en dehors d'un repas, en 2 prises par jour, à raison de :

TRUVADA® Comprimé	1 comprimé par jour
KALETRA® Comprimé	2 comprimés le matin et 2 comprimés le soir

Que faire si vous avez oublié de prendre vos médicaments ?

Si vous vous rendez compte que vous avez oublié de prendre vos médicaments avec moins de 6 heures de retard, prenez-les. Si par contre vous avez plus de 6 heures de retard, passez à la prise suivante **NE DOUBLEZ PAS LA DOSE**.

Quels sont les effets gênants de ces médicaments ?

Comme tout principe actif ces médicaments peuvent, provoquer des effets plus ou moins gênants comme :

- Troubles digestifs : diarrhée, nausées, vomissements, douleurs abdominales, gêne intestinale, dyspepsie, modification du goût,
- Maux de tête,
- Fatigue plus ou moins importante,
- Maux de gorge un peu comme une angine,
- Rougeur du visage, boutons avec démangeaisons,
- Fourmillements ou sensations de brûlure au bout des doigts ou autour de la bouche,
- Douleurs musculaires.
- Risques de somnolence pouvant affecter l'aptitude à conduire des véhicules.

Si ces effets gênants apparaissent et persistent, consultez votre médecin.

Quelles sont les précautions à prendre durant le traitement ?

- Chez les femmes en âge d'avoir des enfants, une contraception est exigée pendant la durée du traitement.
- Si vous êtes enceinte, prévenez votre médecin.
- Afin d'éviter de mauvaises associations avec d'autres médicaments, demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien, ne prenez aucun autre médicament par vous-même.
- Si vous êtes hémophile (A ou B), il est possible de constater une légère augmentation du risque de saignement spontané.
- Si vous avez une maladie du foie, prévenez votre médecin.

Si vous êtes amené à consulter un médecin, dentiste ou si vous êtes hospitalisé, précisez que vous prenez TRUVADA®, KALETRA® pour éviter toute interaction avec d'autres médicaments.

Au moindre problème, contactez votre médecin ou votre pharmacien ou l'hôpital de TOURCOING, Service Universitaire des Maladies Infectieuses et du Voyageur (Tél. : 03.20.69.46.05/ 45.95).